Rok XXX. Kraków, 2 Maja 1891. Nr. 18.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

**Redakcyja:** Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

**Administracyja:** Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

**Ekspedycyja miejscowa** w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

**Cena ogłoszeń**, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

**Przedpłatę** przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

**Rękopismy** zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

**Jeden numer** osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk | 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ $1^1/_2$ „ | „ $3^1/_2$ „ | „ 6 „ |




## I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra M. Madurowicza.

## O rozmiękczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonanem cięciu cesarskiem

napisał

Dr. Stanisław Braun,

I-szy asystent téjże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 17.)

Kiedy dotychczasowe leczenie, jak kąpiele słone, przetwory żelazowe, wapniowe, fosforowe i ergotyna polecana przez Fehlinga, nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia, lecz najwięcéj do chwilowego polepszenia, polecił Fehling wycięcie jajników (*castratio*) jako środek skuteczny przeciw osteomalacyi. Dzisiaj na podstawie 20 przypadków osteomalacyi wyleczonych w ten sposób, uważa kastracyję za środek skuteczny i podaje teoryję, że osteomalacyja jest nerwicą troficzną kości, wyszłą od jajników drogą nerwu współczulnego. Czynność jajników zostaje nieprawidłowo podniesioną, co zresztą stwierdza mocne unaczynienie całéj okolicy jajników spotykane podczas operacyi i wywołuje drogą nerwu współczulnego prawdopodobnie zadrażnienie nerwów naczyniowych kości, t. zw. rozszerzających (*vaso-dilatatores*), następstwem czego powstaje znaczne przekrwienie żylne w kościach, krew z powodu utrudnionego krążenia zostaje przeładowana kwasem węglowym, który rozpuszcza sole wapniowe i fosforany krwi, które znowu zostają wessane i na zewnątrz wydzielone, a kości pozbawione soli wapniowych stają się miękkie i podatne. Z chwilą wycięcia jajników ustaje owa podnieta dla naczyń, które teraz ściągają się, obieg krwi staje się regularny, nadwyżka kwasu węglowego ustaje, sole wapienne osadzają się w kościach, które stają się znowu twardemi i niepodatnemi.

W przypadkach osteomalacyi rozwiniętéj poza ciążą ograniczał się Fehling do samego wycięcia jajników, w osteomalacyi t. zw. połogowéj radzi wykonać cięcie cesarskie według pierwotnéj metody Porry, t. j. wszyć szypułę po odcięciu macicy w dolny kąt rany brzusznéj. Zapuszczać szypułę do jamy brzusznéj, chociażby według metody Zweifla opatrzoną, uważa za sprawę niebezpieczną, gdyż łatwo powstaje krwotok z szypuły, która jak cała macica ulega później zwijaniu się połogowemu, przez co podwiązki się zwalniają.

Za pewniejszą metodę leczenia szypuły macicznéj uważa Fehling metodę Franka podaną w r. 1881, który radzi szypułę wynicować do pochwy, przez co nietylko mamy korzyści zaotrzewnowéj metody, ale omijamy wady metody śródotrzewnowéj, t. j. zakażenia i krwotoku.

Obok tego postępowania Fehlinga istnieją jeszcze inne metody: Podczas gdy jedni uważają, że wycięcie macicy i jajników, co znowu pierwszy wykazał Karol Braun, wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi, drudzy sądzą, że wycięcie tylko jajników leczy osteomalacyję, to inni są wreszcie tego zdania, że samo wycięcie macicy wpływa korzystnie na przebieg choroby. Reuss miał nawet wyleczyć osteomalacyję przez wykonanie samego cięcia cesarskiego zachowawczego. Ponieważ w takich spornych sprawach jedynie tylko zestawienie statystyczne może rozstrzygnąć, która z danych metod jest najwłaściwszą, dlatego pozwoliłem sobie zabrać głos w téj sprawie, aby wykazać, że w przypadkach osteomalacyi połogowéj daleko posuniętéj wycięcie jajników po wykonaniu cięcia cesarskiego zachowawczego działa korzystnie na osteomalacyję.

W ciągu roku 1890 zdarzyły się w klinice położniczéj prof. Dra M. Madurowicza 2 przypadki rozmiękczenia kości, w których postanowił prof. Madurowicz wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, a to głównie dla wyświecenia sprawy, czy samo wycięcie jajników bez macicy leczy osteomalacyję, czy dopiero wy-

cięcie macicy i jajników wpływa korzystnie na dalszy rozwój choroby. O ile te dwa przypadki potwierdziły jego zapatrywanie, że samo wycięcie jajników zupełnie wystarczy do wyleczenia osteomalacyi, niechaj sami szan. Czytelnicy zechcą łaskawie rozstrzygnąć z przedstawienia przedmiotowego obu przypadków.

Pierwszy przypadek dotyczył izraelitki z Kolbuszowy, lat 37 liczącéj, zamężnéj, która przewieziona z Kolbuszowy do kliniki położniczéj 1 lipca 1890 r., podaje, że rodziła przedtem 4 razy, ostatni poród odbył się prawidłowo przed 7 laty, dzieci rodziły się siłami natury żywe i donoszone. Od ostatniego porodu czuje się niezdrowa, dokuczają jéj bóle w całem ciele, które wystąpić miały najpierw w miednicy, późniéj przeniosły się na klatkę piersiową i kończyny tak, że w ostatnich miesiącach chora z trudnością poruszać się mogła. Obecnie jest po raz piąty w ciąży, ciąża trwa 10 miesięcy księżycowych, przed 4 dniami wystąpiły bóle porodowe bardzo mocne, wody płodowe odpłynęły z chwilą rozpoczęcia się czynności porodowéj. Z powodu przeciągania się porodu wezwano kol. Dra Filewicza, który znalazł znaczną przeszkodę porodową w miednicy i odesłał chorą do kliniki położniczéj w Krakowie.

Podczas badania przedmiotowego znaleziono zwykły obraz osteomalacyi: osobę średniego wzrostu, bladą, wychudłą, o zanikłéj podściółce tłuszczowéj, tętnie drobnem, ciepłocie niepodniesionéj, z brzuchem obwisłym, wypuklonym przez macicę mocno ku przodowi przechyloną, odpowiadającą końcowi ciąży, zawierającą płód żywy, donoszony, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem. Dolny odcinek macicy był bardzo wyciągnięty i w swoich ścianach ścieńczały, oddzielony od trzonu wyraźnie pierścieniem zwężającym Schroedera, położonym w wysokości pępka. Badanie przez pochwę było wielce utrudnione, raz z powodu mocno odchylonych części rodnych ku tyłowi, powtóre, że szpara sromowa przedstawiała się w postaci szczeliny wązkiéj, drożnéj zaledwie dla palca. Spojenie łonowe sterczało w postaci dzióba mocno ku przodowi i na lewo. Pochwa była bardzo rozpulchniona, szeroka, część pochwowa zanikła, ujście rozszerzone na wielkość talara; pęcherz płodowy pęknięty, a nad ujściem macicy i wchodem miednicy główka zbaczająca więcéj na lewo z małem przedgłowiem. Podczas obmacywania jamy miednicy stwierdzono głównie, że wzgórek kości krzyżowéj leży poniżéj płaszczyzny wchodu i sterczy mocno ku przodowi; w części środkowéj w okolicy 2. kręgu jest mocno kość krzyżowa ku tyłowi wygięta, co od zewnątrz bardzo dobrze się uwidocznia przez garb kości krzyżowéj; kość ogonowa zaś z dolną połową kości krzyżowéj jest mocno ku przodowi nachyloną. Panewki biodrowe, szczególnie lewa są mocno wypchnięte ku wewnątrz, a po stronie lewéj *distantia sacro-cotyloidea* równa się 2 ctm. Pomiary miednicy wykazały: *distantia spin. 21, dist. cr. 26, dist. troch. 24, conjugata exter. 18. conjugata vera 8, conjugata diagonalis* $9^1/_2$.

W obec trwania porodu przez 4 dni i porodowych bolów silnych nie można się było spodziewać, że poród w danym razie odbędzie się siłami natury. Wprawdzie Hugenberger wykazał, że nawet w osteomalacyi daleko posuniętéj może się poród odbyć siłami natury, gdyż kości miednicy osteomalatycznéj zwykły poddawać się pod uciskiem postępującéj czaszki płodu, lecz w danym przypadku, gdyby ta okoliczność mogła nastąpić, to poród byłby się już dotąd zapewne ukończył z powodu silnych bolów. Znać zatem, że w danym przypadku kości miednicy były albo jeszcze za mało rozmiękczone, czyli była dopiero rozwijająca się choroba, lub że kości przedtem rozmiękłe i w wysokim stopniu zniekształcone stały się znowu twardemi, czyli mieliśmy do czynienia z ustępującą dobrowolnie osteomalacyją. Że raczéj był początek choroby niż koniec, świadczyły o tem wywiady, chora bowiem podaje, że bóle w kościach są coraz to silniejsze, podczas gdy w chwili ustępowania osteomalacyi bóle łagodnieją.

Pytanie najbliższe pozostające do rozstrzygnięcia było, w jaki sposób matkę rozwiązać. W obec ogólnego, niejednostajnego ścieśnienia miednicy, a szczególnie w wymiarach poprzecznych i to tak znacznego stopnia, nie można się było spodziewać, że będzie można wydobyć płód żywy drogą naturalną. Pozostawało zatem albo główkę płodu wymóżdżyć lub dla uniknięcia wymóżdżenia płodu żywego wykonać cięcie cesarskie. Według rady Fehlinga i Kleinwächtera należało wykonać tę operacyję metodą Porry, jakkolwiek w przypadku Fochiera po cięciu cesarskiem według Porry miały po niejakim czasie wystąpić bóle, jakie były przed operacyją.

Prof. Madurowicz postanowił wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jakiego to postępowania nikt dotąd nie wykonał, głównie dla doświadczenia, czy samo wycięcie jajników wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi. — W tym celu przystąpiono dnia 1 lipca z. r. do operacyi po dokładnem oczyszczeniu rodzącéj przez ciepłe kąpiele, zmywanie brzucha za pomocą wody mydlanéj, sublimatu $1^0/_{00}$ i eteru.

Wykonał operacyję prof. Madurowicz według zwykłéj modły. Rozcięto powłoki brzuszne na 25 ctm., poczynając cięcie 3 palce nad pępkiem i kończąc takowe 2 palce nad spojeniem łonowem. Potem wytoczono przed powłoki brzuszne guz maciczny i zespojono tymczasem za macicą powłoki brzuszne dwoma szwami jedwabnemi. Ponieważ dolny odcinek macicy był tak znacznie rozszerzony, że pierścień Schroedera sięgał dwa palce pod pępkiem, dlatego po ściągnieniu szyjki za pomocą ręki rozcięto szczyt dna macicy i przednią powierzchnię macicy aż na 1 ctm. od pierścienia Schroedera. W ranę macicy wpukliło się łożysko, położone na przedniéj ścianie macicy, które odłączono częściowo i wydobyto płód płci żeńskiéj długości 52 ctm., wagi 3180 gr., z obwodem główki prostym 32 ctm. wynoszącym. Po wydobyciu popłodu wymyto jamę macicy gąbką zamaczaną w $5^0/_0$ kwasie karbolowym, poczem zespojono ranę maciczną dwoma szeregami szwu ciągłego katgutowego, łącząc jednem piątrem szwu warstwę mięsną, drugiem samą otrzewnę. Następnie po poprzedniem podwiązaniu *mesovarium* wycięto oba jajniki. Jelita z jamy Douglasa i macicę odprowadzono do brzucha, przykryto takową siecią jelit, jakby fartuszkiem, poczem zamknięto 3 ściegowym szwem powłoki brzuszne. Dalszy przebieg po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia. Przebieg od samego początku do końca był aseptyczny, odchody połogowe zachowywały się prawidłowo, jakkolwiek odchody czerwone utrzymywały się dłużéj niż zwykle. Zwijanie się macicy było powolne, zwłaszcza w podłużnym kierunku; podczas gdy macica była prawie prawidłowéj szerokości, to dno sięgało jeszcze w 3 tygodniu połogu na 2 palce nad spojenie łonowe.

Ruchomość macicy od przodu ku tyłowi była jeszcze w dniu wyjścia upośledzona z powodu zrośnięcia się macicy z powłokami brzusznemi. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost.

Co do bolów kostnych, to takowe już w parę dni po operacyi były znacznie mniejsze, w 10 dni ustąpiły z miednicy, w 3 tygodnie z klatki piersiowéj, a przy wyjściu uczuwała chora jeszcze ból w kończynach, który miał według łaskawego doniesienia kol. Dra Filewicza, za co mu składam uprzejme podziękowanie, zupełnie ustąpić tak, że chora może się teraz oddawać pierwotnemu zajęciu i pracy. W tym przypadku jest widoczny skutek po wycięciu jajników, bo ustąpienie bolów i stwardnienie kości niczemu innemu przypisać nie można.

Drugi przypadek, daleko cięższy i więcéj skomplikowany, dotyczy wieśniaczki T. K., 28 lat liczącéj, zamężnéj, z Rączny, która przyjęta 2 listopada 1890 r. do kliniki położniczéj, podaje, że 1-sza regularność wystąpiła w 16 r. życia i była zawsze bardzo obfita, choć występowała co 4 tygodnie; od 6 lat jest zamężna, rodziła 3 razy, ostatni raz przed $1^1/_2$ rokiem; podczas gdy pierwsze dwa porody odbyła sama i w krotkim czasie, to poród trzeci trwał znacznie dłużéj i urodziła dziecko omdlałe, które ocucono. Obecnie jest

w ciąży po raz czwarty, ciąża już trwa 10 miesięcy księżycowych. W parę miesięcy po zamążpójściu doznała nagle dreszczy, bólu głowy i bolów we wszystkich stawach, przeleżała 3 miesiące w łóżku, później wstała i wkrótce zastąpiła. Bole te znowu wzmogły się podczas ciąży i stawały się coraz to gwałtowniejsze podczas każdéj następnéj ciąży. Obecnie bóle są tak gwałtowne i zajęły prawie całe ciało, że jest zmuszona leżeć od kilku miesięcy w łóżku. Podczas pierwszych 2 ciąży miała bóle w miednicy i klatce piersiowéj, w trzeciéj przeniosły się na kończyny, a podczas czwartéj, t. j. obecnéj, wzmogły się do najwyższego stopnia. Chora miała mieszkać przez długi czas w okolicy chłodnéj i wilgotnéj.

Badanie przedmiotowe wykazało: osoba długa 125 cm. blada, wychudła, jęcząca ciągle z powodu bolów prawie w całem ciele, szczególnie w kończynie dolnéj prawéj, która jest bolesna szczególnie, jeżeli się uciska staw kolanowy. Takowy jest mocno obrzmiały, fluktuacyja wyraźna, torebka wypełniona cieczą i bolesna podczas ucisku. Cała kończyna mocno przybliżona na wewnątrz (*adductio*) i zwrócona (*rotatio*) tak, że wewnętrzny brzeg stopy spoczywa na pościeli. Ucisk na staw biodrowy jest niebolesny, główka udowa jest umieszczona w panewce biodrowéj, krętarz mocno zwrócony ku przodowi, ruchy czynne w tym stawie są niebolesne i łatwe, podczas gdy ruchy w kolanie nawet bierne są upośledzone i bardzo bolesne. Pomiary wykazały długość obu kończyn jednakową. Na kręgosłupie w okolicy górnych kręgów piersiowych, wygięcie kolumny pacierzowéj na bok prawy, w okolicy kręgów lędźwiowych jest mocne wygięcie ku przodowi, a w okolicy 2. kręgu krzyżowego mocne wygięcie ku tyłowi. Łopatka biodrowa prawa wyżéj umieszczona i nieco ku tyłowi wysunięta.

Sutki bardzo małe wydzielają skąpą ilość kleju ciężarnych. Brzuch obwisły jest mocno wypuklony przez macicę mocno w dolnym odcinku rozszerzoną, sięgającą dnem poniżéj wyrostka mieczykowatego i oddalonem od spojenia łonowego na 36 ctm., podczas gdy pępek był zaledwie na 12 ctm. od spojenia łonowego oddalony. W macicy leżał płód żywy donoszony, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem.

Podczas badania przez pochwę znaleziono części rodne mocno odchylone ku tyłowi, szparę sromową wązką, spojenie łonowe sterczące mocno ku przodowi w postaci dzióba, pochwę szeroką, część pochwową utrzymaną, z brzegami ujścia zewnętrznego rozdartemi, z przewodem szyjki ku górze się zwężającym. Obmacywając jamę miednicy znaleziono wzgórek kości krzyżowéj mocno sterczący ku przodowi i obniżony, panewkę biodrową lewą mocno ku kości krzyżowéj zbliżoną tak, że zatoki krzyżowobiodrowéj lewéj prawie nie było, a *distantia sacro-cotyloidea sinistr.* równała się najwyżéj 2 ctm. Po stronie prawéj panewka biodrowa jest mniéj wpuklona i połowa prawa miednicy obszerniejsza. Kość krzyżowa w środku mocno wygięta ku tyłowi, a kość ogonowa zwrócona mocno ku przodowi.

Pomiary miednicy wykazały: *dist. sp.* $21^1/_2$, *dist. cr. 22, conjug. ext.* $16^1/_2$, *dist. troch.* $21^1/_2$.

Na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznano miednicę osteomalatyczną, ścieśnioną w 3 stopniu, niepomiarową, oraz zapalenie stawu kolanowego prawego (*gonitis*) prawdopodpbnie na tle reumatycznem. Długość obu kończyn dolnych jednakowa, ruchy czynne w stawie biodrowym prawym niebolesne, ucisk na torebkę stawową niebolesny, panewka biodrowa wypełniona główką udową pozwala wykluczyć sprawę zapalną w stawie biodrowym prawym, jakkolwiek ułożenie kończyny, powyżéj opisane, na pierwszy rzut oka wydawało się pochodzić ze sprawy zapalnéj stawu biodrowego lub zwichnięcia kulszowego. Jednak sprawa zapalna, chociaż w stawie kolanowym, nie pozostała bez wpływu na dalszy kształt miednicy rozmiękłéj. Chora dla bólu w kolanie prawem nie używała przez długi czas kończyny prawéj, chodziła głównie na kończynie lewéj, wskutek czego panewka biodrowa lewa zbliżyła się znaczniéj ku kości krzyżowéj, podczas gdy prawa wpuklona jest zaledwie do wnętrza miednicy, daléj lewa połowa miednicy jest znacznie pomniejszona, podczas gdy prawa jest znacznie większą, spojenie łonowe nie jest naprzeciw kości krzyżowéj, lecz przesunięte więcéj na prawo, gałąź wstępująca kości siedzeniowéj lewéj więcéj jest wypuklona na zewnątrz niż prawa, wreszcie mamy na kręgosłupie wygięcie na bok prawy, czyli jednem słowem mówiąc, mamy w danym przypadku nie tylko zmiany, jakie zwykle wywołuje rozmiękczenie, ale i zmiany, jakie powstają, ilekroć jedna z kończyn jest mniéj używaną niż druga, bez względu na to, czy dla sprawy chorobowéj w stanie biodrowym lub w kolanowym. Mamy zatem miednicę ścieśnioną nietylko w wymiarze prostym i poprzecznym, ale i ukośnym prawym i to w wysokim stopniu.

Oznaczywszy stopień i jakość ścieśnienia, nietrudno było zadecydować, jak się będzie potrzeba zachować w obec rodzącéj. Ścieśnienie tak znaczne nie pozwalało myśleć o porodzie siłami natury płodu żywego, jakkolwiek wiemy, że w osteomalacyi nie odgrywa roli stopień ścieśnienia, tylko okoliczność, czy kości są woskowo podatne, czy twarde. — W pierwszym razie możnaby się spodziewać nawet porodu siłami natury, ale w obec tego, że w danym przypadku były kości twarde, trzeba było rozstrzygnąć, czy w danym razie wykonać wymóżdżenie choćby płodu żywego, czy cięcie cesarskie. Ze względu zaś na życie płodu zdecydowaliśmy wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, zachęceni świetnym wynikiem w pierwszym przypadku.

Kiedy 4 listopada 1890 r. wystąpiły bóle porodowe i część pochwowa zanikła, wykonałem, dzięki nieocenionéj dla mnie życzliwości prof. Madurowicza, cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników w ten sam sposób, jak to prof. Madurowicz wykonał tę operacyję w I szym przypadku. Wydobyto płód płci żeńskiéj, donoszony, omdlały, ale docucony późniéj.

Przebieg po operacyi był zupełnie dobry. Ciepłota była normalną, tętno regularne i spokojne, odchody prawidłowe, rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost, macica zwijała się powoli i jeszcze w dwa miesiące po operacyi była wybadalna nad spojeniem łonowem i zrośnięta z powłokami brzusznemi.

Bóle w kościach już w 2. tygodniu ustąpiły z wyjątkiem stawu kolanowego prawego, który jest obrzmiały i bolesny, przeciw czemu stosowano *natr. salicylicum*, kąpiele słone, smarowanie jodyną i okłady wysychające. Późniéj przeniesiono chorą dla bolu w stawie kolanowym do kliniki chirurgicznéj, gdzie założono przyrząd ekstenzyjny Volkmanna. Nogi przedtem zbliżone do siebie dały się odsunąć od siebie i wyprostować, obrzęk w kolanie znacznie się zmniejszył. Kiedy to piszę, chora jeszcze zostaje w klinice chirurgicznéj w dalszem leczeniu.

Jeżeli teraz rzecz krytycznie bez uprzedzenia ocenimy, to musimy przyznać, że w naszych dwóch przypadkach została osteomalacyja wyleczona przez wycięcie jajników i jakkolwiek ilość przypadków obserwowanych jest skąpą, przecież uprawnia nas do następujących wniosków:

1) tłomaczenie Fehlinga patogenezy osteomalacyi, jakoby osteomalacyja była nerwicą troficzną kości, zawisła od jajników, jest najwięcéj do prawdy zbliżone;

2) twierdzenie Fehlinga, że samo wycięcie jajników leczy osteomalacyję, jest uzasadnione;

3) sposób podany przez prof. Madurowicza, t. j. cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jest w osteomalacyi u rodzących sposobem rozwiązania łatwym, odpowiednim, a zarazem wystarczającym do wyleczenia osteomalacyi;

4) cięcie cesarskie według Porry w podobnych przypadkach jest tylko wtedy wskazane, jeżeli zachodzi powi-

kłanie z nowotworem lub zakażeniem połogowem, albowiem cięcie zachowawcze z wycięciem jajników jest, jak to statystyka wykazuje, zabiegiem lepsze dającym wyniki.

## II. O używaniu wolnego powietrza w przebiegu gruźlicy narządu oddechowego.

*(Le traitement a l'air libre. — Permanente Freiluftcur).*

Podał

Dr. W. Jaworski,

profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Chorzy z plwocinami krwawo ubarwionemi, lub ze skłonnością do krwotoków płucnych narażają się przez długie przechadzki lub wspinanie się po górach na wielkie niebezpieczeństwo, które zmniejsza się znacznie przez spokojne siedzenie na wolnem powietrzu. Chorych gorączkujących pozostawiano dotąd zwykle w pokoju w łóżku. Obecna metoda pobytu na wolnem powietrzu dozwala takowym używać korzyści świeżego powietrza. Dettweiler pozostawia chorych z cieplotą podgorączkową (38·3°) na terasach, dopiero gdyby się ciepłota wyżéj wzmagała, każe im się kłaść do łóżka w pokoju. Dla chorych w początkowym okresie gruźlicy, lub też i w dalszym, lecz przy dobrem jeszcze odżywieniu przechadzka i ruch na wolnem powietrzu są bezsprzecznie bardzo korzystne; lecz muszą być w miarę użyte i do pewnéj ilości godzin ograniczone. Po przechadzce potrzebuje chory wypoczynku, a zamiast pójść do pokoju mieszkalnego, jak to zwykle dotąd bywa, udaje się na terasę lub do pawilonu na swój stołek, i w ten sposób przez cały dzień z wyjątkiem nocy żyje na wolnem powietrzu.

Pobyt na wolnem powietrzu ma nietylko tę jednę dobrą stronę, którą wyżéj podniosłem, ale jeszcze wiele innych, które we większym lub mniejszym stopniu na przebieg gruźlicy płuc korzystnie wpływają. Dłuższe utrzymywanie chorych w pokoju, a szczególniéj w łóżku, sprawia przygnębienie umysłowe, ociężałość ogólną, a przedewszystkiem brak łaknienia, wskutek czego dobre odżywianie staje się utrudnionem. Przez pobyt na powietrzu wolnem wszystkie te objawy zwykle ustępują, odżywienie się podnosi, a z niem odporność tkanek przeciw zajęciu zdrowych miejsc przez drobnoustroje, jakoteż skłonność do zagojenia miejsc chorobowo zmienionych. Na czem powyższa różnica we wpływie powietrza pokojowego a wolnego na ustrój polega, dokładnie odpowiedzieć nie można. Należy jednak uwzględnić tę okoliczność, że w powietrzu pokojowem brak czynników podniecających powierzchnię skóry a pośrednio układ nerwowy. Takim czynnikiem jest n. p. ruch drobinowy powietrza wolnego. Odbywa on się stale w powietrzu atmosferycznem, chociaż go powierzchnia ciała nie zawsze odczuwa. Pettenkofer podaje, że powierzchnia ręki odczuwa prąd powietrza dopiero wtenczas, jeżeli chyżość jego wynosi $^1/_2$— 1 metra na sekundę. Nieobojętne bodźce dla skóry, a pośrednie dla układu nerwowego stanowią zmienność wilgoci i elektryczność powietrza wolnego. Problematyczny zaś jest wpływ ozonu, który w wolnem powietrzu się znajduje, w mieszkaniach zaś według licznych doświadczeń Wolffhügela zupełny brak tegoż. Obecność jednak ozonu w powietrzu jest pożądaną, gdyż stanowi on miarę czystości powietrza atmosferycznego, niszcząc ciała organiczne w niem w zawieszeniu będące. Może wreszcie pewne ciała lotne wydalone przez płuca i skórę nagromadzają się w mieszkaniu chorego, a wdychiwane napowrót wywołują przypadłości nerwowe i brak łaknienia. Brown-Séquard i d'Arsonval wykazali bowiem, że woda, przez którą się przepuszcza powietrze wydychane, wstrzyknięta królikowi podskórnie działa trująco, zawierając toksyny. Z drugiéj strony nie można pominąć téj okoliczności, że u gruźliczych produkty rozpadu ciągle ulegają wessaniu, a będąc silnemi truciznami, mogą także wywołać przypadłości nerwowe i zaburzenia w trawieniu. Aby w suchotach płucnych brak łaknienia pochodził ze swoistych zmian anatomicznych żołądka, jest rzeczą bardzo nieprawdopodobną. Brak kw. solnego, nieżyt żołądka i t. p. dostrzeżone przez Rosenheima w kilku przypadkach gruźlicy nie dowodzą jeszcze niczego, gdyż one mogły się znajdować jeszcze przed zakażeniem gruźliczem. Że gruzlica nie zawsze wywiera ujemny wpływ na chemizm trawienia, dowodem są przypadki gruźlicy płuc z kliniki prof. Korczyńskiego, w których obserwowano nawet zwiększone wydzielanie soku żołądkowego w różnym stopniu.

Jak każde metodyczne lekowanie, tak i leczenie na wolnem powietrzu może przejść w szablonowy pedantyzm i przesadę, polegającą na trwałem więzieniu chorego na stołku. Racyjonalny lekarz będzie umiał indywidualizować i każdemu choremu, o ile na to stan chorobowy i każdodzienna pogoda pozwalają, poleci także przechadzki bądź po równinie, bądź też po górach. A to tem więcéj, że doświadczenie uczy, iż takowe sprzyjają wykrztuszaniu oczyszczającemu płuco od mas rozpadowych, zagrażających zakażeniem nowych partyj narządu. Brehmer też z przekąsem nadmienia, że opisany sposób używania powietrza wolnego wymyślili lekarze, którzy posiadają zakłady bez rozległych przechadzek. Z twierdzeniem zaś przesadnem tego samego autora, jakoby całe postępowanie żadnéj wartości nie miało, żadną miarą zgodzić się nie można.

Opisane leczenie na wolnem powietrzu praktykuje się obecnie w zakładach zamkniętych dla chorych na gruźlicę narządów oddechowych, a mianowicie w Görbersdorf na Szląsku pruskim w dwóch zakładach Dra Wolffa (dawniéj Brehmera) i Dra Römplera; w Reiboldsgrünn w Saksonii (Dr. Driver), w Falkenstein pod Frankfurtem nad Menem (Dr. Dettweiler), w Davos w Szwajcaryi (Dr. Turban). Łatwo jednak pojąć, że takie samo postępowanie i urządzenie może zarządzić i lekarz domowy dla każdego pacyjenta, który mieszka albo w obszernym ogrodzie lub na wsi. W tym celu wystarczy wystawienie pewnego rodzaju altany w ogrodzie lub gaju, zwróconéj na południe, a zakrytéj od północy, bądź to domem bądź wysokiemi drzewami. Wszystkie ściany altany winny być ruchome lub zasuwalne, aby chorego w miarę każdorazowego prądu wiatru można ochronić. W téj według możności obszernie zbudowanéj i czysto utrzymywanéj altanie należy ustawić wyżéj opisany stołek podłużny lub w konieczności łóżko, stół, spluwaczkę wodą wypełnioną, jakoteż inne dla dogodności chorego potrzebne sprzęty. W pięknéj a ciepłéj porze roku można zastąpić podłużny stołek hamakiem przewiązanym między drzewami, jak to się praktykuje na wyspie Maderze.

Pobyt na wolnem powietrzu wymaga także pewnych ostrożności, a szczególniéj w miesiącach, w których pory

roku się przełamują; u nas w marcu i w kwietniu, jakoteż w październiku i w listopadzie. Wielu chorych doznaje w pierwszych dniach pobytu podrażnienia do kaszlu, szczególniéj jeżeli podczas dnia są większe wahania ciepłoty lub wiatr. Dlatego należy przez pierwsze dnie polecać pobyt tylko pod czas najcieplejszych godzin dnia, a skoro słońce zachodzi, kazać powracać do pokoju. Przytem ma chory we wolnem powietrzu oddychać tylko przez nos, a podrażnienie do kaszlu o ile możności przytłumiać. W miarę aklimatyzacyi należy pobyt z dnia na dzień przedłużać. Jako dobre przygotowanie chorego do pobytu na wolnem powietrzu stanowi zwyczaj spania przy otwartem oknie w sypialni podczas dnia dobrze przewietrzonéj, jak to się praktykuje w Niemczech południowych i w Szwajcaryi, gdzie sypialnie nawet w zimie najczęściéj nie bywają opalone. Rozumie się, że u chorych naszych postępować będziemy ostrożnie i stopniowo, polecając odchylać na noc skrzydło okna lub kwaterę, w miarę przyzwyczajenia się i pogody, przyczem także nocne poty chorego uwzględnić należy. — Słusznie upomina O n i m u s swoich chorych: „Otwórz sobie okno na noc, bo zdrowie przez nie wchodzi“. Należy daléj uważać na dobre okrycie chorego na wolnem powietrzu. Takowy powinien być stosownie do każdorazowéj ciepłoty powietrza atmosferycznego nakryty, we wyżéj opisany sposób, a przytem mieć na sobie oprócz stosownie ciepłego ubrania wierzchniego, kaftanik i spodnie flanelowe. Doświadczenie codzienne, jakoteż doświadczalne prace R o s s b a c h a i A s c h e n b r a n d t a, którzy przez stosowanie zimnych okładów na brzuch wywoływali u zwierząt bardzo silne nieżytowe przekrwienie w krtani, pouczają, że przyczyny nieżytu narządu oddechowego nie należy szukać we wdychaniu zimnego powietrza, lecz w oziębieniu skóry ogólnem lub miejscowem. Mniemanie też ogólnie rozpowszechnione, jakoby chorzy z gruźlicą płuc zimnego powietrza nie mogli znosić, uważają lekarze zakładowi jako nieuzasadnione. Na podstawie moich spostrzeżeń muszę się także do tego zdania przyłączyć, z tą jednak różnicą, że bywają pewne, aczkolwiek tylko nieliczne wyjątki, dla których wdychane powietrze zimne zostaje stale bodźcem do wywołania ostrego nieżytu, szczególniéj krtani. W ogóle jednak chorzy, chociaż pozornie na zimno najwrażliwsi, przyzwyczajają się w zakładach tak do pobytu w zimnem powietrzu, że pozostają bez żadnéj szkody np. w zakładzie D e t t w e i l e r a przy —12° C., w zakładzie T u r b a n a przy —15° C. podczas zimy na wolnem powietrzu. Skoro zaś chory uczuwa pierwsze objawy nieżytu nosowego lub krtaniowego, poleca D e t t w e i l e r, aby natychmiast położył się do łóżka na 1—2 dni i napił się ponczu lub innego środka napotnego; po wypoceniu zaś każe chorego na sucho dobrze wytrzeć i bieliznę zmienić. Tym sposobem, ewentualnie jeszcze przy pomocy wdmuchiwań proszku borowo-kokainowego do nosa lub krtani, można w samym początku wybuchowi nieżytu z jego dalszemi następstwami zapobiedz. Zajęcie nieżytowe dróg oddechowych podczas pobytu na wolnem powietrzu bardzo rzadko przytrafia się podczas suchego zimna wśród zimy, najczęściéj zaś na wiosnę lub w jesieni podczas wilgotnego, aczkolwiek nieznacznie zimnego powietrza, a szczególniéj podczas wiatrów. Najskuteczniéj działa pobyt na wolnem powietrzu w porze letniéj i sądziłbym, że możnaby w tym czasie chorych w praktyce prywatnéj pozostawiać na wolnem powietrzu nietylko przez dzień ale i przez noc, mianowicie w piękne noce czerwcowe i lipcowe, rozumie się pod nadzorem innéj osoby czuwającéj; tym sposobem możnaby zapobiedz częściowemu zobojętnieniu w ciągu nocy tego, co przez dzień uzyskano, czyli przeprowadzić w rzeczywistości t r w a ł y pobyt na wolnem powietrzu. Osobliwie nasza ludność wiejska tak do zimna i zmian ciepłoty przyzwyczajona mogłaby w stanach chorobowych przebywać w porze letniéj bez wielkich zabiegów dniem i nocą na powietrzu wolnem. Wiele innych jeszcze, na pozór drobnych, ale w swych skutkach ważnych szczegółów, jak np. hartowanie chorych gruźliczych przez nacierania, natryski, gimnastykę i t. d., któremi to środkami, jak słusznie zauważył H. W e b e r, lekarz może choremu więcéj dopomódz, niż puszczając go samopas w miejsca klimatyczne o wątpliwéj wartości, znajdzie Czytelnik opisane we wielce pouczającéj i praktycznéj pracy: „*Die Behandlung der Lungenschwindsucht in geschlossenen Anstalten von Dr. P. Dettweiler*“. (2 marki.) (Dok. nast.)

---

## III. Doświadczenia z limfą Kocha

w oddziale chirurgicznym szpitala św. Zofii we Lwowie

podał

**Dr. H. Schramm.**

(Dok. Patrz Nr. 17).

Zbierając wyniki z powyższych 17 przypadków przychodzę do następujących wniosków:

Limfa Kocha wstrzyknięta w odpowiedniéj dawce wywoływała u dzieci dotkniętych gruźlicą p r a w i e z a w s z e odczyn ogólny w postaci gorączki i odczyn miejscowy w postaci objawów zapalnych w około schorzałego miejsca. Stopień tego odczynu nie był zawisły od rozległości wykazalnych zmian gruźliczych, bo na przykład u choréj Limy M., u któréj badanie nie mogło właściwie wykazać żadnych zmian gruźliczych, wystąpiła po 3 miligramach gorączka do 40° i bardzo silny odczyn miejscowy koło blizny, podczas gdy u Anny R. z rozległemi owrzodzeniami na ramieniu dopiero po 5 miligramach podniosła się ciepłota do 38°. Kiedy i w jakich warunkach występuje ta różnica działania limfy, czy to zależy od gorszego lub lepszego stanu odżywienia, czy może od obecności złogów gruźliczych niedostępnych badaniu n. p. w głęboko położonych gruczołach limfatycznych tego *a priori* powiedzieć nie można, dlatego należałoby zawsze zaczynać wstrzykiwanie od bardzo małych dawek. W pierwszych moich przypadkach, trzymając się zdania Kocha, że w chirurgicznéj gruźlicy przy zupełnie zdrowych płucach jako pierwszą dawkę można uważać 1 centigram, wstrzykiwałem dzieciom stósownie do wieku od 3 do 6 miligramów. Odczyn jednak prawie zawsze był tak gwałtowny, że późniéj zawsze zaczynałem od 0·5 do 1 miligrama, stopniując bardzo powoli i robiąc dłuższe przerwy aż do zupełnego przeminięcia odczynu tak ogólnego, jak i miejscowego.

Czas występowania reakcyi był rozmaity od 2 do 24 godzin. Powodu téj różnicy podać nie mogę, równie wytłumaczyć, dlaczego w jednych przypadkach gorączka trwała 3 do 4 godzin, w innych utrzymywała się przez 7 do 10 godzin, a nawet lubo w większym stopniu trwała czasem z remisyjami 2 do 3 dni.

Czas trwania podobnie jak stopień gorączki nie zawsze był zależny od rozległości miejsca gruźlicą dotkniętego i od siły wywołanego miejscowo odczynu zapalnego, być może, że

zależy to od większéj lub mniejszéj zdolności ustroju do wydalenia z siebie wstrzykniętego jadu. To tylko stwierdzić mogłem, że po stosowaniu większych dawek, jakoteż silniejszego skoku między jedną a drugą dawką gorączka trwała dłużéj i wolnie spadała, jakto miało miejsce n. p. u chorych S., P. i J.

Inne przypady jak nudności, wymioty, ból głowy, łamanie po kościach występowały często przeważnie po większych lub zbyt częstych dawkach, podobnie jak zauważana kilkakrotnie wysypka plamista, podobna do płonicowéj lub pęcherzykowa. Przypady te jednak nie doszły nigdy do niepokojącéj gwałtowności.

Zauważyć także muszę, że często nie mogłem stwierdzić tego szybkiego przyzwyczajenia się ustroju do wstrzykiwanéj limfy, nieraz musiałem po kilkakroć wstrzymywać się z stopniowaniem dawki, n. p. u Ruchli P. (Nr. 17) dawka 4 miligramów powtarzana 6 razy w przeciągu 16 dni wywoływała zawsze gorączkę blisko 40° i silne przypady ogólne, dopiero następnie można było przejść do stopniowania dawek tak, że w następnych 30 dniach doszło do 30 miligramów.

Co do znaczenia rozpoznawczego limfy Kocha, to u znacznéj części chorych wartość jéj pod tym względem się potwierdziła lubo mam przypadki, w których na samem działaniu limfy trudnoby oprzeć rozpoznanie, n. p. u P. (Nr. 9), u którego badanie kliniczne kazało rozpoznać rozpoczynające gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, nie wywołały ani 0·5 ani 1, ani 3 miligramy żadnéj reakcyi, ani ogólnéj, ani miejscowéj. Na dalsze injekcyje, któreby przecie może odczyn wywołały, matka dziecka się nie zgodziła.

U chorego K., cierpiącego na niegruźlicze owrzodzenie na udzie wywołała limfa Kocha wprawdzie gorączkę, ale bez odczynu miejscowego, co według zgodnych zdań różnych badaczy ma znacznie większe znaczenie rozpoznawcze niż sama gorączka.

Co do wartości leczniczéj limfy Kocha, to na podstawie mych doświadczeń muszę powiedzieć, że w gruźlicy tak zwanéj chirurgicznéj jest ona bardzo mała. Z przytoczonych wyżéj w skróceniu historyj chorób wynika, że w dwóch przypadkach wilka wynik na razie był bardzo zadowalający. Łuszczenie się guzków po każdorazowem wstrzyknięciu i po przeminięciu ogólnéj reakcyi była bardzo znaczna, zmiany ustępowały szybko, a u Ruchli T. przyszło nawet do zagojenia się owrzodzeń na podniebieniu i nagłośni. Niestety pomyślny ten stan trwał nie długo. Już w czasie dalszych wstrzykiwań przy coraz wyższem stopniowaniu dawek zaczęły występować nowe guzki tak w miejscu dawnych, jak i w okolicy, i stan miejscowy chorych był ostatecznie taki sam w chwili przestania wstrzykiwań, jak przy rozpoczęciu leczenia.

W siedmiu przypadkach gruźlicy kostnéj (6 razy z przetokami otwartemi, raz bez takowéj) nie mogłem osiągnąć żadnego dodatniego wyniku. Wprawdzie zdarzało się, że po kilkokrotnéj silnéj gorączce, wywołanéj przez wstrzyknięcie limfy, ilość wydzieliny z przetok się zmniejszała i że przetoka powierzchownie się zaciągała, wkrótce jednak otwierała się na nowo, a gdy ogólne odżywienie dzieci podupadało, zaprzestałem dalszych wstrzykiwań.

W czterech przypadkach owrzodzeń gruźliczych skóry nie mogłem również stwierdzić dodatniego działania limfy, owrzodzenia (sąsiednie gruczoły limfatyczne jak u chorego Helki Nr. 15) szerzyły się daléj, zaprzestałem więc i tu wstrzykiwań, a zwykłe leczenie, jak wyskrobanie owrzodzeń, lapis i maść lapisowa sprowadziły wnet prawie zupełne wyleczenie b z narażenia ogólnego stanu zdrowia.

W trzech przypadkach zapalenia stawu biodrowego nie mogłem dostrzedz korzystnego wpływu kochiny. U jednego nie było żadnéj reakcyi, u dwóch innych (Nr. 10 i 11) ani bóle ani ruchomość stawu się niepoprawiały, owszem w czasie odczynu ogólnego i w dniu następnym stan bywał znacznie gorszy, aby po przeminięciu reakcyi wrócić do dawnego. Odczyn zaś ten ogólny bywał tak gwałtowny, że ze względu na stan zdrowia musiałem zaprzestać dalszych prób w tym kierunku.

Jako jedyny pomyślny przypadek możnaby uważać chorą Nr. 3, u któréj owrzodzenie wywołane w bliźnie przez pierwszą injekcyję limfy, przy następnych wstrzykiwaniach zagoiło się na stałe.

Czyby jednak to małe ognisko z pewnością otorbione, gdyż blizna już od 29 dnia była zupełnie bladą, gładką i niebolesną, było się kiedykolwiek objawiło bez zadrażnienia go przez wstrzykniętą limfę, na to pytanie trudno rzeczywiście odpowiedzieć.

Wreszcie dodać muszę, że obserwując daléj dzieci, na których wykonywałem te doświadczenia, przychodzę do przekonania, że limfa Kocha czyni chory ustrój mniéj odpornym i słabszym. Prawie wszystkie dzieci leczone, u których robiono wstrzykiwania, mają się znacznie gorzéj, u dwojga, u Hani J. i Jana H., wystąpił naciek w płucach, którego poprzednio nie było, u Józefa P. zaś i u Grzegorza K. istniejące małe przytłumienia w szczycie znacznie i stale się powiększyły.

Okoliczność ta jakoteż fakt szybkiego występowania recydywy przy wilku, dowodzący, iż pozostałe przy życiu prątki gruźlicze mogą wywierać swe swoiste działanie nawet wśród wstrzykiwań limfy Kocha, rzuca też wielki cień na wartość ochronną tego środka.

W końcu niech mi wolno będzie wyrazić me podziękowanie kolegom Dr. Ziembickiemu i Wiczkowskiemu za uprzejme udzielenie mi limfy potrzebnéj do powyższych doświadczeń.

W lutym 1891 roku.

## IV. Oceny i sprawozdania.

*Handbuch der speciellen Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe von Dr. C. F. Kunze und Dr. Fr. Schilling.* Stuttgart 1890, str. 570, 7 złr. 20 ct.

Świeżo wydany podręcznik szczegółowego lecznictwa jest w swoim rodzaju pierwszym, jaki w literaturze niemieckiéj się ukazał, nie licząc całego szeregu drobnych *vademecum*, które większego znaczenia nie mają.

Znajdujemy w nim nietylko rzecz o leczeniu pojedynczych chorób i objawach tychże z zakresu całéj medycyny wewnętrznéj z włączeniem już chorób skórnych i kobiecych, lecz nadto krótką i treściwą wzmiankę każdéj choroby etyjologii, zmian anatomicznych, symptomatologii i profilaktyki, co zwłaszcza dla lekarzy praktycznych, nie mogących być zawsze *au courant* wszystkich odkryć i postępów w medycynie, jest niemałą wygodą i przypomnieniem punktów wytycznych w rozpoznawaniu chorób. Nie potrzebuję dodawać, że część profilaktyczna jest równie dobrze opracowana i oparta na najnowszych odkryciach bakteryjologicznych, jak i właściwa część lecznicza.

Wspomnieć też muszę o pewnych brakach, jakie tu i ówdzie zauważyłem, choć nie są one tak ważnemi, aby wartość książki mogły bardzo obniżyć. Tak np. przy lecze-

niu *adipositas* nie wspominają nic o dyjecie tłuszczowéj; twierdzą autorowie, że dur brzuszny zwykle kończy się krytycznie, podczas gdy wiemy z licznych obserwacyj, że najczęściéj kończy się *per lysin*. O *cholera nostras* zanadto pobieżnie traktują, podczas gdy przy pneumonii teoryja pneumokoków zajmuje 23 wiersze. Również za nadto krótko sprawiają się z *anaemia perniciosa*. Przy ostrych gośćcach stawowych nie wspomina nic o środkach takich, jak antifebrina, fenacetina, betol, które nieraz oddają znakomite usługi, przy przewlekłych zaś formach za mało uwzględniają masowanie i kąpiele siarczane. W błednicy, nawet wśród istniejącego wrzodu okrągłego żołądka (str. 2), polecają według Zandera podawanie kwasu solnego, co jest wprost przeciwnem nowszym badaniom, z których wynika, że właśnie u błednicowych sok żołądkowy obfituje zazwyczaj w kwas solny, a więc go tembardziéj jeszcze unikać należy, kiedy są przypady okrągłego wrzodu żołądka.

O naszych autorach wspominają autorowie w kilku miejscach, zwłaszcza w dziale chorób żołądkowych (proff. Korczyński i Jaworski), jakkolwiek widać zapatrywań nowszéj szkoły nie podzielają, podając pod jednym rozdziałem przewlekły nieżyt żołądkowy, nie rozróżniając kwaśnego nieżytu od śluzowego. Nie wiedzą też o tem, że pierwszy Moczutkowski podał sposób wieszania chorych w Tabes, mylnie przypisując pierwszeństwo Charcotowi.

Pomimo tych jednak usterek, książka ta zwięźle i interesująco napisana, przedstawia tyle zalet, że śmiało ją można polecić każdemu lekarzowi praktycznemu.

*Dr. J. Surzycki.*

## Chirurgija.

Landerer: **Postępowanie przy złamaniu kości.**

Autor dowodzi, że w nowszych czasach leczenie niepowikłanych złamań kości uległo znacznym zmianom, a możemy teraz leczyć złamania kości w krótszym czasie i zna- [illegible]

*Dr. Paleczny.*

## Choroby skórne i weneryczne.

Fournier: **O leczeniu dzieci dotkniętych kiłą dziedziczną.**

1) Pozornie zdrowe dziecko ojca kiłowego nie potrzebuje leczenia swoistego, ponieważ kiłę ojca mniéj łatwo się dziedziczy niż kiłę matki. 2) Zdrowo urodzone dziecko matki już od dłuższego czasu kiłowéj, która podczas ciąży objawów kiły nie okazywała, również nie wymaga leczenia, widoki za i przeciw odziedziczeniu są równe; za to 3) powinno się dziecko pozornie zdrowe, zrodzone z matki, która jest zarażoną dopiero od niedawna, szczególnie jeżeli okazywała podczas ciąży zmiany kiłowe, zaraz od urodzenia swoistemi środkami leczyć, gdyż jest z pewnością kiłą dotknięte i prędzéj lub późniéj zachoruje wśród ciężkich objawów groźnéj choroby. (*Gaz. des hôpit.*).

Cant: **Stwardnienie jako pierwszy objaw zakażenia kiłowego u kobiet.**

Stwardnienie jako objaw pierwotnego wrzodu kiłowego napotyka się w ogóle rzadziéj u kobiet i jest ono mniéj wybitnem niż u mężczyzn. Stosunek jest ten, że w $^1/_3$ części stwardniałość jest bardzo wyraźną, w drugiéj $^1/_3$ tylko mierną, a w ostatniéj $^1/_3$ prawie wcale niedostrzegalną. Naciek syfilityczny u kobiety nie zawsze odznacza się owem ściśle do podstawy wrzodu pierwotnego ograniczonem umiejscowieniem. Wielkość nacieku waha się od cienkiego wrzodu pergaminowego do guzów znacznych rozmiarów. Nasilenie jednak zakażenia ogólnego wcale nie jest zawisłem od tych różnic. Najmniéj wybitnie wykształcona jest stwardniałość w wrzodach pierwotnych, usadowionych przy wejściu do pochwy. Na pytanie, czy każdy wrzód pierwotny kiłowy musi być twardym, odpowiada C. w ten sposób, że zarówno nie przemawia wybitna stwardniałość za specyficznem znaczeniem wrzodu, jak z drugiéj strony brak podstawy twardéj nie odbiera mu tego znaczenia. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.). *Dr. Baschkopf.*

## W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Rosenfeld przychodzi na podstawie swych spostrzeżeń do wniosku, że gruźlicę w początkowym okresie można z pewnością za pomocą tuberkuliny wyleczyć. Szczególnie przekonywającym jest dla niego przypadek, w którym zajęty był sprawą chorobową cały płat górny płuca i w którym miało nastąpić zupełne wyleczenie. Z 13 dalszych przypadków gruźlicy początkowej jeszcze 3 są wyleczone, a u 6 nastąpiła poprawa; 4 znajduje się jeszcze w leczeniu. Autor wymienia szereg punktów, które kierować powinny w zastosowaniu metody leczniczéj w obec gruźlicy początkowéj. (*D. Med. Woch.*, Nr. 14).

Lannelongue stosował w Hospital Trousseau środek Kocha u 19 dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. Według jego doświadczeń metoda Kocha nietylko jest nieskuteczną, lecz nawet wprost szkodliwą, gdyż pogarsza cierpienie miejscowe, a rozwój dzieci pod jéj wpływem téż cierpi. (*Le Bullet. méd.*, Nr. 25).

Sprawozdanie ze spostrzeżeń poczynionych w klinice prof. Bacceliego w Rzymie, podane przez Gualdiego i Fortiego, zawiera wiele uwagi godnych szczegółów. Co do rozpoznawczéj wartości wstrzykiwań, to zgodnie z innymi uważają ją autorowie za niepewną. Pod względem leczniczym ważną jest okoliczność, że w przypadkach gruźlicy dziedzicznéj wyniki są pomyślniejsze, niż w przypadkach nabytéj gruźlicy. Autorowie przychodzą do wniosku, że limfa Kocha daje bezsprzecznie lepsze rezultaty, niż inne metody lecznicze, a rezultaty te będą jeszcze lepsze, gdy wskazania się ustalą, i gdy zaprowadzi się pewne modyfikacyje w zastosowaniu limfy. Ciekawem jest, że w klinice Bacceliego wstrzykiwano limfę także do żył bez wywołania groźnych objawów reakcyi. (*Münch. med. Woch.*, Nr. 15).

Na X Zjeździe internistów, znaczną część programu zajęła dyskusyja nad środkiem Kocha. Prof. Cursch-

mann z Lipska rozpoczął ją od przemowy, w której zastanawiał się nad znaczeniem odkrycia Kocha i zachęcał do dalszych badań na tém polu. Badania te powinny się odbywać jedynie przy łóżku chorego. Po tym wstępie odczytano tymczasowe doniesienie Klebsa z Zurychu „o działaniu środka Kocha na gruźlicę zwierząt i propozycyje do przygotowania nieszkodliwéj tuberkuliny“. Doniesienie to przedstawiające obszerne ostateczne wyniki wielkiéj pracy nie daje się ująć w ramy krótkiego referatu. Wyniki z badań tkanki gruźliczéj po części zgadzają się z podanemi przez Kocha i innych, natomiast na same prątki działa limfa Kocha energicznie, ale tylko w ustroju zwierząt pod odpowiedniemi względami czułych. Jakiekolwiek jest to działanie, to przypuścić trudno, aby w tak małych dawkach, w jakich wstrzykuje się limfę Kocha ludziom, mogła właściwa istota, działająca w niej, wywrzeć wpływ jakiś na prątki gruźlicze. Dopóki jednak prątki pod wpływem środka nie ulegną przemianie wsteczněj, nie może być mowy o leczeniu gruźlicy. Ponieważ jednak w limfie Kocha obok właściwéj istoty działającéj znachodzą się inne ciała na ustrój szkodliwie wpływające, zadaniem naszem przeto jest właściwy środek działający, jak go Klebs chce nazwać anti-tuberkelinę, izolować, aby ją można było w większych dawkach stosować.

Następnie Jaksch z Pragi przedstawiał wyniki spostrzeżeń zebranych z limfą Kocha na 72 chorych w ciągu 4 miesięcy. Spostrzeżenia te dzieli J. na dwie grupy: jedna obejmuje 28 przypadków, w których robiono tylko próby rozpoznawcze, w reszcie przypadków stosowano limfę Kocha jako środek leczniczy. W ciężkich przypadkach gruźlicy płuc następowało pogorszenie, którego jednak autor nie przypisuje działaniu środka. Peptonuryja jest częsta, ale nie ma znaczenia, prątków we krwi J. nie znalazł ani razu. Również nie widział ciężkich powikłań, które jeżeli się pojawiają, mogą być czysto przypadkowemi. Rozpoznawcza wartość metody Kocha nie ulega zdaniem J. żadnéj wątpliwości; pod względem leczniczym J. doznał zawodu.

Ziegler wysnuwa z badań anatomicznych wniosek, że w ogólności tuberkulina wywołuje zmiany, jakie w ustroju same przez się powstają i czasem do wyleczenia prowadzą, czyni to może prędzéj i częściéj. Jednakże nie zawsze musi przyjść do wyleczenia, owszem może nieraz nastąpić rozwleczenie sprawy gruźliczéj po ustroju przez resorbcyję prątków. Tuberkulina działa tylko w pewnych częściach ustroju zapewne skłonnych, podczas gdy w innych może nie wywierać żadnego wpływu.

O stosowaniu limfy u dzieci przemawiał Heubner (Lipsk), twierdząc, że w odpowiednich dawkach dzieci nie są czulsze na tuberkulinę niż osoby dorosłe. Dyjagnostyczne znaczenie ma tuberkulina, jeżeli reakcyja już po małych dawkach występuje. Pod względem leczniczym pomyślne skutki widział H. w gruźlicy początkowéj i cierpieniach zołzowych skóry i oka. Na gruźlicę gruczołów chłonicznych i kości metoda Kocha prawie wcale wpływu nie wywiera. Jeżeli gruźlica zajęła płuca, to stosowanie kochiny u dzieci jest połączone z wielkiem niebezpieczeństwem. *(Münch. med. Woch.*, Nr. 15, *W. med. Blätter*, Nr. 16 i 17). *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

**Posiedzenie z dnia 25 paźdz. 1890 roku.**

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 22.

1) Kol. Sielski przedstawia wyroby p. Baczyńskiego, jak bulion, wyciąg mięsny płynny i stały, które co do dobroci nie ustępują wyrobom zagranicznym i dlatego zaleca ich używanie. W dyskusyi zabierają głos koll. Prus i Szpilman.

2) Kol. Prus mówi o nowszych poglądach na zapalenie. Przechodząc kolejno teoryje Virchowa, Cohnheima i innych, przychodzi do wniosku, że teoryi wszystkie zjawiska zapalenia tłómaczącéj dotychczas nie ma. Zwraca dalej uwagę na spostrzeżony dawniéj przez siebie a niedawno przez Obrzuta opisany objaw, że ciałka czerwone biorą również żywy udział w sprawie zapalnéj, mianowicie służą do wytwarzania tkanki łącznéj. — W dyskusyi przemawia kol. Kadyi.

3) Kol. Piotrowski podaje spostrzeżenia swoje nad błękitem metylenowym jako środkiem znieczulającym. Wykład ten ogłoszony w „Przeglądzie Lek.“. W dyskusyi zabierają głos koll. Szpilman, Prus i Wehr.

Za sekretarza: *Dr. Mukowicz.*

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie z dnia 8 kwietnia 1891 r.**

Przewodniczący: Kol. Gluziński. — Obecnych członków 35.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że redakcyi kalendarza lekarskiego podjął się kol. Murdziński.

2) Kol. prof. Korczyński przedstawia a) preparaty lecznicze wyrobu aptekarza Bełdowskiego i wnosi imieniem Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak., aby je uznać za dobre i udzielić poparcia, b) preparaty Zahradnika dawniéj już przez Tow. lek. zalecane i prosi o dalsze ich polecanie.

3) Kol. Żmigrodzki z Petersburga zdaje sprawę z przebiegu swéj choroby, jakiéj się nabawił przecinając flegmonę. W dyskusyi zabierają głos kol. prof. Rydygier i prelegent.

4) Kol. Kryński opisuje operacyję torbiela trzustkowego i dalszy przebieg gojenia, podaje rozbiór zawartości tego torbiela wykonany przez kol. Opieńskiego. W dyskusyi zabierają głos kol. Rydygier, Cybulski, Opieński i prelegent.

5) Kol. Przewodniczący przedstawia 4 nowych członków, których Zgromadzenie jednogłośnie do Towarzystwa przyjmuje.

*Dr. Ludomił Korczyński.*

## VI. Wiadomości bieżące.

* Wydział gospodarczy VI Zjazdu na ostatniem posiedzeniu zastanawiał się nad sprawą urządzenia wystawy przy-

rodniczo-lekarskiéj, a ponieważ wielu wystawców zgłosiło się już dotychczas z zamiarem wystawienia swych przetworów i wyrobów, przeto komitet uwzględniając z jednéj strony potrzebę takiéj wystawy, a z drugiéj strony mając przekonanie, że wystawa dobrze się zapowiada, postanowił wystawę urządzić. Do wystawy przypuszczeni będą jedynie polacy; do urządzenia wystawy obrano osobną komisyję, z życzeniem, aby już na najbliższem posiedzeniu zdała sprawę ze swych czynności. — Wystawa ma nosić nazwę: Wystawa urządzona przez Zjazd VI lekarzy i przyrodników polskich. Równocześnie z wystawą tą urządzoną będzie wystawa wszystkich wydawnictw nauk przyr. lek. polskich z ostatnich dziesięciu lat. W końcu przyjęto do wiadomości, że niektóre wybitne osobistości przyjęły zaproszenia do odczytów na posiedzeniach ogólnych.

* O uroczystości na cześć śp. Dra Marcinkowskiego czytamy w *„Kuryjerze Poznańskim“* z d. 23 kwietnia, że po wspólnym obiedzie w hotelu francuskim uczestnicy udali się do teatru polskiego na przedstawienie, urozmaicone żywemi obrazami. Po prologu, wypowiedzianym wierszem, a zastosowanym do okoliczności, zabrał głos radzca zdrowia Dr. Zielewicz i wypowiedział mowę, pełną pięknych myśli, przyjętą oklaskami. Przy zagajeniu walnego zebrania jubileuszowego wypowiedział ładną mowę prezes Szuman.

* Na posiedzeniu Izby poselskiéj we Wiedniu, odbytem d. 23 kwietnia r. b., poseł Dr. Roser i wsp. uczynili wniosek względem urządzenia Izb lekarskich w Austryi, a raczéj wznowili wniosek, który z powodu nagłego zamknięcia Izby ostatniéj nie przyszedł był pod obrady.

* W skutek inicyjatywy lekarza Haya, o któréj wspominaliśmy w Nrze 17 „Przegl. Lek.“, Rada zdrowia dolno austryjacka zastanawiała się na ostatniem swem posiedzeniu nad otrzymywaniem z kóz limfy do szczepienia ospy. Wyznaczono komisyję, mającą sprawdzić, czy rzeczywiście kozy są nieprzystępne dla gruźlicy, a następnie badać działanie limfy koziéj.

* W Cieplicach czeskich było dotąd chorych 63.

* W tygodniu 15 (12—18 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 13, urodzin 49, skonów 37 (25·79), z tych z gruźlicy i zapalenia płuc po 5, śmierci przypadkowéj 3, z nieżytu żołądka i jelit oraz śród porodu po 2.

* **Wrocław**. Dowiadujemy się od bawiących tu lekarzy, że zakład wodoleczniczy na stacyi drogi żel. Dąbrowskiéj Niekłań, w wilach hr. L. Platera, jeszcze w bieżącym sezonie letnim otworzonym zostanie. Bawiący tu wspólnicy nabywają u firmy „Köbner i Canty“ jakoteż u firmy „Robeyego et Cie“ aparaty do tuszów parowych i wachlarzowych. Wziąwszy pod uwagę 500.000 morgów lasu, otaczającego Niekłań, wyniosłe na 1000 stóp położenie w górach ś-to Krzyzkich, liczne zródła i rzeki Nidę i Kamionkę, jak również łatwą komunikacyję koleją wprost do miejsca, sądzimy, iż w takiéj stacyi *par excellence* leśno-górskiej zakład wodoleczniczy znakomicie prosperować będzie i zasługuje na wielkie poparcie, tembardziéj, że co do cen znakomicie tańszym będzie od zakładów zagranicznych.

*Dr. N.*

* Prof. Bardeleben młodszy w Jenie wykrył w papierach pozostałych po Goethem pisany własną ręką wielkiego poety wykład anatomii porównawczéj czaszki zwierząt ssących.— Bliższą wiadomość o tym ciekawym traktacie poda Bardeleben na tegorocznym Zjeździe anatomów w Monachijum.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Halla.** D. 29 b. m. otwartą zostanie uroczyście w obecności Ministra oświecenia nowa klinika chorób nerwowych i umysłowych. — **Würzburg**. Dotychczasowy prosektor Dr. Schultze mianowany nadzw. profesorem anatomii. — **Gandawa**. Nadzw. profesór medycyny sądowéj Dr. Visscher mianowany profesorem zwyczajnym. — **Palermo**. Dr. Montalto mianowany nadzw. profesorem medycyny sądowéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Stefan Blatteis, Józef Elsner, Bolesław Komorowski i Wincenty Kuźniar, wszyscy rodem z Krakowa.

Starszy lekarz sztabowy I-éj kl., kierownik szpitala garnizonowego we Lwowie, Dr. Emanuel Arzt przeszedł w stan spoczynku i w uznaniu długoletnich zasług otrzymał charakter jeneralnego lekarza sztabowego *ad honores*. (Dr. Arzt pochodzi z Król. Polskiego, w młodym wieku przybył do Galicyi i odbył nauki lekarskie we Wiedniu. Jako kierownik wielkiego szpitala wojskowego we Lwowie położył wielkie zasługi i cieszył się powszechnem poważaniem). — Jako czasowo do służby niezdolny otrzymał jednoroczny urlop starszy lekarz sztabowy I-éj klasy i kierownik szpitala w Przemyślu, Dr. Wilhem Tonner (znany w Krakowie sympatyczny brat b. profesora i posła).

* **Nekrologija**. W Petersburgu umarł docent i prymaryjusz N. P. Wassiliew, uczeń Botkina i redaktor pisma lekarskiego *„Gazeta Botkina“*, autor licznych rozpraw treści klinicznéj, licząc zaledwie lat 39. Redakcyję gazety obejmuje po nim Dr. Sirotinin.

* Dnia 17 b. m. przewieziono reszki śmiertelne prof. Semmelweissa z Wiednia do Budapesztu i tamże je pochowano. Działo się to wskutek starania profesorów wydziału budapeszteńskiego. Toż samo grono uniwersyteckie postara się o wystawienie odpowiedniego nagrobka. Biedny Semmelweiss, któremu ludzkość zawdzięcza antiseptykę położniczą, po śmierci dopiero doczekał się uznania i hołdu, należnego nieśmiertelnéj jego zasłudze; żywot jego bowiem był smutnym; nieznany, potępiany a nawet pogardzany, umarł w 47 roku życia w zakładzie w Döblingu pod Wiedniem. — Ignacy Filip Semmelweiss urodził się w Budzie d. 1 lipca 1818 r. i tamże uzyskał stopień doktorski w r. 1844. Przez 3 lata następne pełnił obowiązki asystenta w klinice położniczéj we Wiedniu i już na téj posadzie położył podwaliny pod naukę swoją o etyjologii gorączki połogowéj. Gdy wystąpił z wynikiem swoich badań, wyprzedzając o pół wieku prawie Listera, znalazł tylko przeciwników i to w osobach Siebolda, Scanzoniego i wszystkich pierwszorzędnych ginekologów. W r. 1854 mianowany profesorem w Budapeszcie, głosił on bez przerwy naukę swoją, lecz nietylko bez skutku, ale owszem narażając się na miano dziwaka; przekonany o słuszności swojéj sprawy, puścił w świat liczne broszury i listy otwarte, aż nareszcie znękany niepowodzeniem popadł w obłąkanie. Dzielił on los niejednego reformatora, którego nauka dopiero po śmierci uznaną została.

---

Komisyja przemysł. lek. Tow. lek. krak. podaje do wiadomości Kolegów, że w znakomitszych Zdrojowiskach i Uzdrowiskach zagranicznych w bieżącym sezonie kąpielowym praktykować będą następujący lekarze polacy:

1. *Cieplice czeskie*. Dr. Krajewski.
2. *Elgersburg*. Dr. Barwiński.
3. *Francensbad*. Drowie Dębicki, Kittel, Rosner.
4. *Gleichenberg*. Drowie Bulikowski, Brühl.
5. *Elster*. Dr. Blaciszewski.
6. *Karlsbad*. Drowie Hassewicz, Kretowicz, Rosenberg, Stiche, Tugendthat.
7. *Kissingen*. Dr. Chłapowski.
8. *Landeck*. Dr. Ostrowicz (lek. zakł.).
9. *Marienbad*. Drowie Dobieszewski, Kaufmann, Prager.
10. *Scheinznach*. Dr Tymowski.
11. *Trenczyn*. Dr. Filipkiewicz.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Komitet gospodarczy VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który się odbędzie w Krakowie w połowie Lipca b. r., postanowił wydać

## Przewodnik po Krakowie i okolicy

opracowany przez wybitne i fachowe siły. „Przewodnik“ ten nietylko wejdzie do handlu księgarskiego ale zostanie rozdany wszystkim członkom zjazdu bezpłatnie. — Na końcu „Przewodnika“ będą pomieszczone

**OGŁOSZENIA**

i spis alfabetyczny firm z adresem, za opłatą po fl. 12 za całą stronę, fl. 6 za pół strony, fl. 4 za trzecią część strony; adres firm 30 ct. za wiersz petitowy, 50 ct. za dwa wiersze. Ogłoszenia te przyjmują do końca Maja: Administracyja „Przeglądu Lekarskiego“ (Zakład fizyjologiczny w Kolegijum fizycznem) oraz upoważniony do zbierania ogłoszeń p. Bolesław Dembowski, wydając numerowe kwity na każde ogłoszenie. Uprasza się o zatrzymanie tych kwitów jako dowodu, tem bardziéj, że ogłaszający na całéj stronie otrzymują bezpłatnie jeden egzemplarz „Przewodnika“.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.